



MC-21 CORPORATION • CALL BOX 4908 • CAGUAS, PR 00726 • TEL.: 787-286-6032 • FAX: 787-653-2814

FORMULARIO PARA RECLAMACIONES DE FARMACIAS

NOMBRE DE LA FARMACIA:

PERSONA CONTACTO:

NCPDP#:

NPI#:

TEL.:

FAX:

TIPO DE RECLAMACIÓN

- COSTO DE MEDICAMENTO** ⇨ Debe incluir copia de la receta y copia de la factura del medicamento
 Número de Receta: _____ Fecha de Servicio: _____
 Nombre del Medicamento: _____ ID Asegurado: _____
- RECETAS NO PAGADAS** ⇨ De ser más de una receta, envíe un listado **LEGIBLE** con los datos correspondientes
 Número de Receta: _____ Fecha de Servicio: _____
 Nombre del Medicamento: _____ ID Asegurado: _____
- PARA ADJUDICAR** ⇨ Debe incluir copia de la receta, "Claim Log" firmado por el asegurado y una breve descripción del caso
 Número de Receta: _____ Fecha de Servicio: _____
 Nombre del Medicamento: _____ ID Asegurado: _____

OTROS (ESPECIFIQUE): _____

Firma del solicitante o persona contacto: _____

⇨ **TODA RECLAMACIÓN DEBE SER ENVIADA VÍA FAX AL 787-653-2814**